

Magisterprogrammet för vårdvetenskap  
Kurs VV4524  
Ht 2009  
15 högskolepoäng

## **Gymnasieungdomars hälsa**

En jämförande studie av unga migranternas och inrikesfödda ungdomars hälsa

Författare:  
Ann-Sofie Arvidsson

Handledare:  
Björn Albin

Titel	<b>Gymnasieungdomars hälsa</b> En jämförande studie av unga migranternas och inrikesfödda ungdomars hälsa
Författare	Annsophie Arvidsson
Utbildningsprogram	Magister programmet inom Vårdvetenskap
Handledare	Björn Albin
Examinator	Kristiina Heikkilä
Adress	Institutionen för Hälsa och vårdvetenskap Linn`e universitetet,
Key words	Hälsa, irritabilitet, migration, oro/rädsla, och sömn

## ABSTRACT

**Aim:** The aim was to investigate and describe, how students on high school level in Kronoberg county self rated their health with relation to irritation, nervousness/anxiety insomnia and gender. An additional aim was to investigate if there are differences between students born in Sweden by Swedish parents, students born in Sweden by foreign-born parents and foreign-born students.

**Methods:** A quantitative method was used to analyse data gathered from students (n=1936) on high school level in 2006. All statistical analyses were made with help of SPSS V-12.

**Finding:** The findings showed that most of the students self rated their health as “good”, however migrant students self rated their health as “not so good” and they had more problems with insomnia.

The overall findings showed gender differences. Particularly, foreign-born girls self rated their health as “not so good” and reported more problems with insomnia.

There was no divergence between the groups regarding irritation, nervousness/anxiety.

**Conclusion:** School nurses and health workers must have deep knowledge about differences in gender, self- rated health and insomnia when they work with public health. More studies are needed to further investigate why the migrant students, particularly the girls health was worse and why they had more insomnia than the other groups.

# INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Migration	2
Hälsa bland migranter i Sverige	2
Ungdomars självskattade hälsa	3
Hälsa bland unga migranter i Sverige	5
Skolhälsovårdens betydelse	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys	8
Etiska övervägande	9
RESULTAT	9
Undersökningsgruppens karakteristika	9
Tabell 1.	10
Självskattad hälsa	11
Tabell 2.	11
Tabell 3.	12
Tabell 4.	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Slutsatser	16
REFERENSER	18

# Gymnasieungdomars hälsa

En jämförande studie av unga migranternas och inrikesfödda ungdomars hälsa

Sökord; hälsa, irritabilitet, migration, oro/nervositet, sömn och ungdomar

## INLEDNING

Den internationella migrationen ökar och berör idag de flesta länder i världen. Flera studier visar att migration kan påverka hälsan i både positiv och negativ riktning (Albin, 2006; Andersson-Kristal, 2001; Berry, 2006; Hull, 1979). Det är därför viktigt att lära sig mer om hälsan bland migranter i olika åldrar och inte enbart fokusera på inrikesfödda svenskar vid kartläggning och undersökning av folkhälsan.

Det är känt att flera faktorer kan påverka hälsan hos migranter<sup>1</sup>, till exempel graden av integrering i samhället, hur länge migranten har varit i landet, anledningen till migrationen och vilken socioekonomisk situation migranterna befinner sig i (Berry, 1996; SCB, 2005; Vogel, Hjerm & Johansson 2002).

En av de viktigaste mötesplatserna för alla gymnasieungdomar oavsett ursprung är skolan och skolsköterskor har en nyckelposition i skolan eftersom de finns nära eleverna och har stor kunskap om elevernas hälsa och livsstilar (Bremberg, 2004; Morberg, 2008). Ur ett folkhälsoperspektiv utnyttjas denna kunskap inte till fullo (Ibid.) Kunskapen skulle bättre kunna tas tillvara, på såväl nationell som lokal nivå. Det finns ett behov av att utveckla skolhälsovården efter hur dagens samhälle ser ut (Clausson, 2008). Ett sätt att utveckla skolhälsovården skulle kunna vara att kartlägga, utveckla, och fördjupa kunskaperna om hälsan bland den heterogena grupp som dagens ungdomar utgör.

Tidigare forskning betonar att en fördjupning beträffande ungdomars hälsa, kön, sömn och oro/nervositet är angelägen, eftersom den psykiska ohälsan ökar specifikt i gruppen ungdomar 16-24 år (Ibid.) Det är därför motiverat att undersöka och beskriva självskattad hälsa, sömnsvårigheter, oro/nervositet och irritabilitet bland gymnasieungdomar i Kronobergslän, samt att undersöka könsskillnader och om det finns skillnader mellan inrikesfödda och migranter i förhållande till ovan nämnda variabler.

## BAKGRUND

### Migration

Under åren 1850 till 1930 emigrerade ungefär 20 % av den svenska befolkningen till Amerika. Anledningen till utvandringen var fattigdom, nödår med svält, hög barnadödlighet och dålig hälsa. Utvandringen från Sverige minskade successivt allteftersom välbefindandet ökade i landet. Efter andra världskrigets slut var utvandringen från Sverige mycket låg däremot startade till följd av andra världskrigets slut en invandring till Sverige. Under 1950 och 1960

---

<sup>1</sup> Som migrant definieras en person som är utrikesfödd eller medlem av andra generationen inflyttade med minst en utrikesfödd förälder (Nationalencyklopedin, 1996).

talet var det mest arbetskraftsinvandring till den svenska industrin som förekom och invandrarna kom främst från de nordiska länderna och från Sydeuropa. Sedan 1970-talet har behovet av arbetskraftsinvandring till Sverige minskat och asylsökande och flyktingar med anhöriga har dominerat invandringen till Sverige. Under 1970 - talet och 1980 - talet dominerade flyktingströmmen från latinamerikanska diktaturer och från Iran. Flyktingar från inbördeskrigen i Irak, Somalia och Jugoslavien har dominerat från 1990 talet och framåt. Anledning till den internationella migrationen är krig, fattigdom eller annan etnisk förföljelse (Nilsson, 2004; Statens Folkhälsoinstitut, 2002).

Migrationsverket rapporterar en ökning av ensamkommande flyktingbarn från Afghanistan, Mellanöstern och Somalia. 2008 var antalet ensamkommande asylsökande barn 1510 och mönstret är att allt fler asylsökande barn och ungdomar kommer utan vårdnadshavare (Migrationsverket, 2009).

Den aktuella migrationstrenden är att antalet asylsökande går ner, samtidigt som allt fler vill migrera till Sverige som anhöriginvandrare (vilket är den största gruppen av migranter i dagsläget) eller för att arbeta, forska eller studera (Ibid.). En spridd missuppfattning är att migranter och flyktingar är samma sak. Utbildnings- och levnadsnivån i länderna som familjerna lämnar är olika. De som flyttar hit är inte lika. Att beskriva migranter kollektivt är därför inte korrekt (Albin, 2006; Hull, 1979). Endast en åttendedel av de personer som migrerade till Sverige åren 1990 – 2003 var flyktingar (Migrationsverket, 2009).

Sammantaget har migrationen lett fram till att den kulturella mångfalden i Sverige aldrig tidigare varit så stor som den är idag. Statistiska centralbyrån beräknar att ungefär en sjundedel (16 %) av Sveriges befolkning består av personer med utländsk bakgrund, dvs. utrikesfödda och personer födda i Sverige med båda föräldrarna födda utomlands. Därtill kommer personer födda i Sverige med en förälder född utomlands och en förälder född i Sverige vilka uppgår till 6 % av befolkningen. Totalt skulle i dagsläget drygt 22 % av befolkningen i Sverige per definition vara migranter (SCB, 2009).

### **Hälsa bland migranter i Sverige**

Folkhälsan handlar om hur hälsan utvecklas i olika befolkningsgrupper och hur den påverkas av kön, livsvillkor, levnadsvanor, och miljön etc. Det handlar också om hur hälsan kan förbättras med förebyggande och hälsofrämjande åtgärder. Vad beträffar hälsan bland migranter i Sverige, har stressrelaterade symptom visats vara vanligare bland utrikesfödda, jämfört med personer födda i Sverige (Berry, 1996; SOU 2006:77).

Studier har visat att migration påverkar sjukligheten på både positiva och negativa sätt och att migration ger olika sjukdomsmönster än hos svenskfödda (Albin, 2006). Resultaten av olika studier visar till exempel högre dödlighet bland utrikesfödda, än bland svenskfödda personer (Ibid.). En del utlandsfödda har flytt från länder där det råder krig, svält och förföljelse vilket i sig kan medföra att risken är större att utveckla psykisk ohälsa (SOU 2006:77). I en del av migranternas hemländer är risken högre, än vad den är i Sverige att smittas av svåra infektioner som t.ex. tuberkulos, HIV och hepatit B och C. Sjukdomarna tar vissa av migranterna med sig vid migrationen, vilket kan medföra att deras hälsoläge är sämre än bland inrikesfödda svenskar, då dessa sjukdomar är relativt ovanliga i Sverige. Positivt är att migranten kan erbjudas behandling mot ovan nämnda sjukdomar i Sverige.

Även spädbarnsdödlighet och antalet barn och ungdomsolyckor kan vara högre i migranternas hemländer, än vad de är i Sverige (Hjern, 1998). Fler barn och ungdomar med utrikes bakgrund råkar i större omfattning ut för olyckor, när de besöker sina hemländer, än vad inrikes födda ungdomar med svensk födda föräldrar riskerar att göra (Ibid.)

Men sjukdomsriskerna och olycksfallsriskerna minskar och behandlings möjligheterna ökar vid en migration till Sverige (Ibid.) Det kan konstateras att när kompensation har gjorts för skillnader i levnadsfaktorer mellan grupperna, som sämre ekonomiska tillgångar, utbildning, om man bor i hyrd bostad, eller har ett arbetaryrke, minskade skillnaderna betydligt beträffande upplevelsen av att ens hälsotillstånd är dåligt (Socialstyrelsen, 2005). Detta tyder i hög grad på att det är de sociala livsvillkoren i Sverige, som medför att vissa personer med utländsk bakgrund rapporterar mer ohälsa än vad svenskar gör.

Forskningen pekar på att det tar 10 år eller mer innan migranten får inkomster, bostäder och möjligen utbildning, som motsvarar levnadsvillkoren för resten av befolkningen i Sverige (Vogel, Hjerm & Johansson, 2002).

Migranter är även exponerade för något som majoritetsbefolkningen undgår, nämligen att bli betraktade som främmande och detta kan i sig innebära en belastning, samt leda till mer uppsplittring och psykisk ohälsa (Andersson-Kristal, 2001; Hull, 1979).

### **Ungdomars självskattade hälsa**

Ungdomstiden mellan 16-19 år är en turbulent tid i en människas liv. Individen står då på gränsen mellan ungdom och vuxenliv, samtidigt som kraven på självständighet ökar för varje år. Kunskapen om hur ungdomar i dessa åldrar mår är begränsad (Ekstrand, 2006). Studier har visat att medan den fysiska hälsan har förbättrats på många sätt, finner man inte samma förbättring av den psykiska hälsan (Socialstyrelsen, 2005; SOU 206:77).

I en rapport från Statens folkhälsoinstitut om sociala skillnader i ohälsa bland ungdomar i Sverige, fastslås det att de psykiska hälsofrågorna blir allt viktigare vad gäller svenska skolungdomars välbefinnande (Bremberg, 2002). Skillnaden mellan hälsa och ohälsa är dock inte alltid självklar. Det är därför angeläget att kartlägga hälsa och ohälsa hos ungdomar för att effektiva preventionsprogram ska kunna växa fram, eftersom detta skulle gynna folkhälsan i stort. Dessa program bör kunna definiera både risk- och skyddsfaktorer. (Ekstrand, 2006).

Definitionen av en riskfaktor är en egenskap, erfarenhet eller händelse som associeras med en ökad sannolikhet, eller risk, för ett visst utfall. Det vill säga en variabel eller faktor som kan förklara ett negativt utfall. Här är det inte fråga om kausala samband, utan endast sannolikhetspåverkan. Kunskap om risk och skyddsfaktorer är viktigt, för att kunna förebygga skolungdomars psykiska hälsa och skapa preventionsprogram som fokuserar på att minska faktorer, som ökar sannolikheten för psykisk ohälsa (Ibid.) Skyddsfaktorer för ungdomars hälsa kan vara föreningsaktivitet, att vistas i skolan och att hyfsat lyckas i skolan, samt att ha en känsla av sammanhang i skolmiljön (Bremberg, 1998).

Den psykiska ohälsan ökar bland alla ungdomar oavsett kulturell eller social bakgrund, men ökningen är olika stor och graden av ohälsa skiljer sig åt (SOU 206:77). Flickor upplever sämre hälsa och mår sämre än vad pojkar gör (Ibid.) Men fler pojkar än flickor i åldersgruppen 15-18 år begår självmord, ökningen är störst bland pojkar med utrikes härkomst (Hjern, 1998). Det kan finnas samband mellan psykisk ohälsa, migration,

föräldrarnas utbildningsnivå och familjens socioekonomiska position mm (Hull, 1979; Hjern, 1998.)

En annan förklaring till att vissa ungdomar upplever subjektiv ohälsa, skulle kunna vara att dagens ungdomar har en förändrad livsstil (Clausson, 2008). De har t.ex. mindre tid för sömn och det finns ett klart samband mellan huvudvärk, oro, samt att ungdomar sover mindre än vad deras faktiska sömnbehov är (Arvidsson, 2005). Sambandet mellan huvudvärk och sömnstörningar beskrivs i flera tidigare undersökningar (Bremberg, 2004; Åkerstedt, 2006). Det är välbekant att sömnen är kroppens mest naturliga sätt till återhämtning. Många ungdomar uppger själva, att de får otillräckligt med sömn och många visar tendenser till dygnsförskjutning (Agebäck, 2006; Åkerstedt, 2006).

Människan har en inneboende biologisk klocka som är ljusberoende och hon är gjord för att sova på natten. Ämnesomsättningen är lägre då och under sömnen sker reparation, samt en ökad produktion av hormoner. Om man stör detta system genom att vara uppe på nätterna, uppstår trötthet, och på sikt finns risk för utveckling av diabetes, hjärt/kärlsjukdomar och dåligt immunförsvar (Ibid.) God sömn främjar ungdomars immunförsvar, deras tillväxt och motverkar stress. Det finns också ett klart samband mellan goda sömnvanor och goda skolprestationer. Att sova bra är en skyddsfaktor mot ohälsa (Cronberg, 2007; Bremberg, 2004).

För åldersgruppen 16-24 år har sömnbesvären ökat, från mitten av 1990- talet till mätningarna gjorda mellan 2000 och 2004 (SCB, 2005b). Även National Sleep Foundation (2009) ([www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org)) menar i "Teens and Sleep" att tonåringens sömnbehov ligger på 8 ½ - 9 ¼ timmar per natt. Av ungdomarna i undersökningen, uppgav 15 %, att de sov för lite. En annan studie visade att barnen var sömniga i skolan och att de hade dygnsrytmförskjutning (Sadeh, Raviv & Gruber, 2000). Detta ökar risken för kronisk sömndeprivation, med de konsekvenser detta kan få för deras utbildning och hälsa, samt för ungdomarnas tankar, känslor och beteenden. Brist på sömn inverkar negativt både på mental och fysisk hälsa, ökar irritabiliteten och ger koncentrationssvårigheter (Åkerstedt, 2006).

I en studie uppgav 28 % av de tillfrågade ungdomarna att de sov för lite, att oro/ångest, ilska och sömnstörningar, var vanliga orsaker till att ungdomarna sökte upp skolsköterskan (Agebäck, 2006). Att många ungdomar har sömnsvårigheter och upplever sig stressade bekräftas av flera undersökningar. Stress behöver inte enbart vara att ungdomar har för mycket att göra, utan kan också uppkomma pga. brist på aktivitet och arbete. Stress behöver inte heller nödvändigtvis vara negativt, men brist på tid för återhämtning är en riskfaktor (Bremberg, 2006; Skolverket et.al 2004; Åkerstedt, 2006).

Delkomponenter i att mäta hälsa hos ungdomar, kan därför vara att undersöka sömn, upplevelsen av irritabilitet och oro/nervositet, eftersom en konsekvens av för lite sömn kan vara just nedstämdhet, irritation och oro (Ursin, 1996; Åkerstedt, 2006).

Den psykiska ohälsan har ökat i samtliga ungdomsgrupper i Sverige, liksom i andra höginkomstländer. Ökningen av besvären är dock snabbare i Sverige än i något annat av de 11 länder som jämförts. Även bland välbeställda ungdomar i Sverige ses en ökning av den psykiska ohälsan, precis som det gör hos de med sämst sociala villkor (Bremberg, 2006; Skolverket et.al 2004). Kunskap om hur ungdomar i Sverige mår blir därför allt viktigare.

Enligt en utredning med uppdrag att analysera ungdomars livssituation utifrån stress, sömnsvårigheter, psykisk ohälsa och dess konsekvenser för hälsan, hos ungdomar i årskurs

två på gymnasiet, har besvär i form av oro och nedstämdhet, sömnbesvär och trötthet ökat (SOU 2006:77). Besvären har ökat i stort sett i hela befolkningen, men enligt rapporten är ökningen som störst i åldern 16-24 år (Ibid.)

Hälsoutvecklingen bland ungdomar i Sverige idag är oroande framför allt när det gäller psykisk ohälsa. Hälsan är ojämnt fördelad, många ungdomar upplever att de har en mycket god hälsa, medan andra, en mindre grupp, upplever att de mår mycket dåligt och detta bekräftats i flera undersökningar (Cronberg, 2007; Bremberg, 2006; SOU 2006:77).

Ungdomars inaktivitet, arbetslöshet, brist på framtidstro och tillit till vuxenvärlden, är troligen också en viktig orsak till den ohälsa som rapporteras i ungdomsgrupperna (Ibid.)

Dock saknas i tidigare genomförda undersökningar, en bild där man beskrivit och analyserat olika faktorerers inverkan på den subjektiva hälsan, med fokus på kön, sömnsvårigheter, oro/nervositet och irritabilitet, bland svenska ungdomar och bland unga migranter.

### **Hälsa bland unga migranter i Sverige**

Skillnaden i levnadsvillkor mellan olika grupper av unga migranter kan vara stor. En del familjer med barn och ungdomar tvingas fly från hemländerna pga. av krig och förföljelse, vissa barn och ungdomar är anhöriginvandrare, medan andra familjer väljer att migrera av arbetsmarknadsskäl (Vogel et al. 2002). För de familjer som är flyktingar, har ofta själva flykten varit omgärdad av umbäranden och vid ankomsten till det nya landet väntar en oviss och ibland lång asylprocess. Barn och ungdomar är oftast medföljande och har själva inte alltid varit delaktiga i beslutet att migrera. Detta kan göra deras livssituation mer komplicerad än vad deras föräldrars är (Ibid.) Idag ser vi även en allt större ökning av ensamkommande flyktingbarn till Sverige, deras situation är än mer komplex, eftersom de inte har vårdnadshavaren med sig vid migrationen.

Ungas hälsa ska ses i sitt sammanhang och bör förstås ur deras livsperspektiv. Ungdomar som är migranter kan ha speciella svårigheter med oro/nervositet och sömnstörningar, till följd av migrationen och av att identitetsutvecklingen är mer komplicerad hos ungdomar med utländsk bakgrund, än för infödda svenska ungdomar (Andersson-Kristal, 2001, Hull, 1979; Statens Folkhälsoinstitut, 2002). Social utsatthet och diskriminering har beskrivits som de främsta orsakerna, till ohälsa hos befolkningen med utländsk bakgrund i Sverige (Wamala, Boström & Nyqvist, 2007). Återkommande diskriminering kan ses som en form av kronisk stress, där den diskriminerade ständigt är beredd att möta negativa reaktioner från omgivningen. Det utanförskap som unga migranter ibland känner påverkar hälsan. Migranten kan ha en verklig, eller en upplevelse, av att han/hon diskrimineras pga. sitt ursprung eller utseende. Detta bidrar med all sannolikhet också till sämre hälsa, vilket har visats i flera studier (Ibid.).

Andra studier visar att olikheten i levnadsvillkoren för ungdomarna, kan påverka hälsan. Sammanhangen som ungdomarna lever under påverkar också deras hälsa och bör förstås med utgångspunkt i hur familjens socioekonomiska status, föräldrarnas utbildning, arbetslöshet, känsla av utanförskap och boendemiljö påverkar dem (Berry, 2006; Drukker et al. 2005; Goodman et al. 2004).

Andelen ungdomar mellan 16-24 år som är oroliga för sin hälsa har ökat, särskilt märkbart är detta i gruppen unga födda utomlands. Under en längre tidsperiod, syns ett mönster att utlandsfödda personer genomgående upplever en sämre hälsa, än personer med svensk bakgrund. Skillnaderna var särskilt uttalade vad gällde ångslan och oro (Ungdomsstyrelsen 2003; Socialstyrelsen, 2007). En entydig bild ges av att hälsosituationen och den sociala



situationen i vissa avseenden är klart mycket bättre, för personer som fötts i Sverige jämfört med deras utlandsfödda föräldrar (Ibid.) Annan forskning gör gällande att skillnaden beträffande självrapporterad hälsa och psykosomatiska symtom mellan barn och ungdomar med utländsk, respektive svensk bakgrund i vissa avseende var små (Östberg, Alfven & Hjern, 2006). När det gällde allvarligare psykosociala hälsoproblem såsom suicid, psykoser och narkotikamissbruk, löpte migranternas barn och ungdomar större hälsorisker än migranterna själva (Hjern, 1998; Hjern & Allebeck, 2004).

En analys av ungdomars alkohol och tobaksvanor visar att ungdomar vars föräldrar är födda utanför Europa, röker och dricker mindre än vad deras jämnåriga svenska ungdomar gör (Hjern & Hagqvist, 2008).

Svenska ungdomar med svenskfödda föräldrar har generellt bättre hälsa, än vad migranterna har (Linde'n – Boström & Persson, 2005). Samtidigt kan det konstateras att ungefär 25 % av ungdomarna i Sverige, är födda utomlands eller har en eller två föräldrar som inte är födda i Sverige (Andersson- Kristal, 2001). Migrationen och de nya villkor som ungdomarna och deras familjer lever under, kan innebära påfrestningar som kan inverka negativt på hälsan.

### **Skolhälsovårdens betydelse**

I vår mångkulturella skola möter skolsköterskan många ungdomar med upplevd subjektiv ohälsa, oro/nervositet, ökad irritabilitet och sömnsvårigheter. Målet för samhället är att hela befolkningen ska ha god hälsa och erbjudas god vård på lika villkor. Därför är det angeläget att klargöra vilka insatser i folkhälsoarbetet som bör riktas för att uppfylla lagstiftarens krav på kvalitet, likvärdighet och patientsäkerhet för alla (SFS, 1982:763).

Ungdomarna tillbringar mer än 15000 timmar i skolan och i stort sett alla går i skolan, därför borde det i skolmiljön finnas goda möjligheter att främja barn och ungas psykiska hälsa (Bremberg, 2002, Ekstrand, 2006). Portalparagrafen i Skollagen (1985:1 100 14 kapitlet 2§) anger att Skolhälsovården har följande övergripande mål: ”Skolhälsovården skall bevara och förbättra elevernas fysiska och psykiska hälsa samt verka för sunda levnadsvanor”.

Världshälsoorganisationen pekar i flera dokument på hur skolhälsovården kan arbeta för en god hälsa i en globaliserad värld. (1981, 1997, 2005b). Skolhälsovården bör regelbundet följa hälsoutvecklingen i olika befolkningsgrupper, samt känna till hur hälsan påverkas av levnadsvanor och av omgivningsfaktorer såsom samhälleliga förändringar t.ex. diskriminering, migration och arbetslöshet (Ibid.).

Skolhälsovården är också den vårdform, som används mest av ungdomar i skolåldern (Kornfält & Lithman, 1993). Därmed kan skolhälsovården göra en tidig riskidentifiering och uppmärksamma vilka skyddsfaktorer som kan finnas i ungdomarnas egna tankar, känslor, och/eller livsvärld, vilket skolmiljön är en stor del av. Skolan är en av de viktigaste skyddsfaktorerna för ungdomarna, om belastningen från omgivningen är stor, vilket den kan vara i socialt utsatta områden eller miljöer (Bremberg, 2002; Ekstrand, 2006). En hög känsla av sammanhang i skolan och att trivas i skolan fungerar som skyddsfaktorer för ohälsa i alla ungdomsgrupper (Ekstrand, 2006). All hälsovård bör ha ett salutogent perspektiv och ett intresse för skyddsfaktorer, så att stöd ges till det friska och att arbetsmetoderna är hälsofrämjande (Antonovsky, 1991).

Frågan om utlandsfödda ungdomar eller inrikesfödda ungdomar med utrikesfödda föräldrars upplevda hälsa, sömn oro/nervositet och irritabilitet har inte kartlagts specifikt tidigare. Det är viktigt med en sådan kartläggning eftersom andelen migranter i Sverige ökar.

## PROBLEMFÖRMULERING

Skolsköterskor som dagligen träffar många gymnasieungdomar reflekterar över förändrade sömnvanor, irritabilitet och upplevd oro (Clausson, 2003).

Allt fler ungdomar i Sverige är migranter och migration kan påverka ungas hälsa, vad detta kan leda till bör kartläggas och uppmärksammas av skolhälsovården (Andersson-Kristal, 2001).

Rapporten "Barn och ungas hälsa i Kronobergslän" från 2006 (Edvardsson & Andersson, 2006) bygger på en enkätundersökning om barn och ungdomars hälsa och levnadsvanor i Kronobergslän. I rapporten görs inga jämförelser av självskattad hälsa mellan svenska gymnasieungdomar och personer med utländskt ursprung. Frågan är hur självskattad hälsa, oro/nervositet, irritabilitet och sömnsvårigheter beskrivs av ungdomar i Kronobergslän och om det finns skillnader mellan svenska och unga migranternas självskattade hälsa.

## SYFTE

Studien har två syften; 1) att undersöka och beskriva självskattad hälsa där kön, irritabilitet, oro/nervositet samt sömnsvårigheter bland gymnasieungdomar i Kronobergslän ingår; 2) undersöka om det finns skillnader mellan utrikesfödda gymnasieungdomar, gymnasieungdomar födda i Sverige av utrikesfödda föräldrar och inrikesfödda gymnasieungdomar med avseende på ovan nämnda variabler.

## METOD

Ansatsen är kvantitativ för att självskattad hälsa, sömnsvårigheter, irritabilitet och oro/nervositet hos svenska ungdomar och unga migranter ska kartläggas, beskrivas och analyseras med statistiska metoder, och därmed kunna generaliseras (Eljertsson, 2003).

### Urval

Målgruppen för FoU-centrums undersökning 2006 var samtliga ungdomar i årskurs två på gymnasiet i Kronobergs län. Både landsortskommuner och stadskommuner finns representerade i populationen.

Eftersom de flesta av ungdomarna var omyndiga, inhämtades föräldrarnas skriftliga tillstånd för deras deltagande i undersökningen.

Antalet gymnasieungdomar som erbjöds delta i undersökningen var 2539 och antalet svarande var 1936, svarsfrekvensen var 76,3 %. Exkluderade i populationen var de ungdomar som inte gick på gymnasiet i Kronobergs län, de ungdomar som gjorde praktik, var sjuka eller av någon annan anledning inte var i skolan under de två veckor som datamaterialet samlades in.

Undersökningsgruppen bestod av 1014 (53,1 %) pojkar och 922 (46,9 %) flickor.

Informanterna delades in i tre olika undersökningsgrupper, ungdomar födda i Sverige av svenska föräldrar, utlandsfödda ungdomar och ungdomar födda i Sverige av utlandsfödda föräldrar (Tabell 1.)

## **Datainsamling**

Sedan 2003 gör Forsknings och Utvecklingscentrum (FoU-centrum) i Kronobergs län, regelbundna hälsoenkätundersökningar bland gymnasieungdomar i länet. Datainsamlingen som ligger till grund för denna studie skedde under vecka 46-47 hösten 2006, och omfattade ungdomar i årskurs två på gymnasiet i länets samtliga åtta kommuner.

Särskilda kontaktpersoner i skolklasserna skulle inom två veckor se till att hälsoenkäten blev ifylld. Skolsköterskorna på skolorna distribuerade enkäterna till respektive skolklasser, men var inte närvarande när gymnasieeleverna fyllde i enkäterna eller vid insamlandet av de ifyllda enkäterna. Enkätundersökningen genomfördes på lektionstid i gymnasieelevernas klassrum. Enkäten fylldes i anonymt och inga uppgifter kunde röja elevernas identitet. Efter det att enkäten fyllts i, lades den i ett förseglat kuvert och förvarades hos skolsköterskorna på skolorna, tills dess att personal från FoU-centrum hämtade enkäterna på skolsköterskemottagningen.

De frågor som eleverna hade svarat på i hälsoenkäten byggde på WHO; s hälsoblanketter, vilka behandlar barn och ungdomars hälsa och deras levnadsvillkor. Valda delar av Centralförbundet i alkohol och narkotikafrågors enkät, ingick också i hälsoenkäten.

Enkäten omfattade totalt 91 frågor. Fyra enkätfrågor analyserades i den här studien. Den första frågan var "Hur tycker du att din hälsa är i största allmänhet"? Följande fyra svarsalternativ fanns för denna fråga; Mycket bra, Bra, Mindre bra och Dålig. Variablerna "mycket bra" och "bra" är sammanslagna i resultatet eftersom svaren anses ligga nära varandra och redovisas därför i studien som "mycket bra". Den andra och tredje frågan som analyserats var "Hur ofta känner du dig irriterad eller på dåligt humör"? respektive "Hur ofta har du svårt att somna/sova"? Den fjärde och sista frågan som analyserats var "Hur ofta har du känt dig orolig/nervös"? Följande fem svarsalternativ gavs för dessa frågor; "I stort sett varje dag", "Mer än en gång i veckan", "Ungefär en gång i veckan", "Ungefär en gång i månaden" och "Sällan eller aldrig". Svarsalternativen "I stort sett varje dag" och "Mer än en gång i veckan" redovisas sammanslagna i resultatet, svarsalternativet "Ungefär en gång i månaden" är sammanslaget med "Sällan eller aldrig" eftersom den statistiska bearbetningen av resultaten krävde detta, med anledning av att endast ett fåtal hade svarat "i stort sett varje dag" eller "sällan eller aldrig".

## **Dataanalys**

Data analyserades med beskrivande statistiska metoder (Eljertsson, 2003). De beskrivande statistiska metoder som använts är frekvens och procenttal. Chi 2 testet har använts för att testa eventuella signifikanta skillnader mellan undersökningsgrupperna, med hänsyn tagen till utvalda variabler, p-värde är beräknat och har presenterats i tabellerna.

Hypotestestning har genomförts för att undersöka om populationsvärdena skiljer sig dvs. inte är exakt lika med ett visst hypotetiskt värde, för att se om skillnader finns mellan grupperna. Vid hypotesprövningen har i förväg signifikansnivån bestämts till 5 procent ( $p = 0,05$ ). För att

testa eventuella skillnader mellan inrikesfödda ungdomar, utlandsfödda ungdomar och ungdomar med utlandsfödda föräldrar har Chi 2 test använts och p-värde är beräknat. Alla statistiska analyser har gjorts med hjälp av SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 12.

### **Etiska överväganden**

Forskaren har skyldighet att skydda informanternas värdighet och privatliv genom att inhämta informerat samtycke och behandla det insamlade materialet med förtrolighet (Helsingforsdeklarationen, 2008).

Studien bygger på en enkätundersökning som tidigare genomgått etisk granskning av Socialstyrelsens Forskningsetiska råd.

Med anledning av att flertalet av ungdomarna som deltog i enkätundersökningen var omyndiga, hade deras föräldrar innan enkäten lämnades ut, tillfrågats via brev om ungdomarnas deltagande.

Författaren inlämnade en skriftlig ansökan till FoU Kronoberg under vårterminen 2009, om att få ta del av datamaterialet. Det avidentifierade datamaterialet överfördes därefter till författaren av denna studie. Efter överföring av datamaterialet från FoU Kronoberg, har materialet behandlats med förtrolighet; endast författaren till studien har haft tillgång till data, vilka föreligger i avidentifierad form.

Avsikten med att genomföra en undersökning av skillnader mellan kön, självskattad hälsa, sömnsvårigheter, oro/nervositet samt irritabilitet mellan inrikesfödda ungdomar, utlandsfödda ungdomar och inrikesfödda ungdomar med utlandsfödda föräldrar, har styrts av viljan att främja och skydda ungdomars hälsa. Viljan att göra gott har varit den etiska principen och betydelsen av den kunskap som framkommer i undersökningen förväntas uppväga skaderisken för gruppen (Kvale, 1997).

Avsikten med studien är att den ska vidga förståelsen för problemområdet och på så vis bidra till en ökad kunskap beträffande kön, självskattad hälsa hos inrikesfödda ungdomar, utlandsfödda ungdomar och inrikesfödda ungdomar med utlandsfödda föräldrar.

## **RESULTAT**

### **Undersökningsgruppens karaktäristika**

Totalt deltog 1936 gymnasieelever i studien, 17 % var migranter (något mindre än var femte elev).

Könsfördelningen i hela populationen visade att något fler pojkar än flickor hade svarat på enkäten. I undersökningsgruppen inrikesfödda med svenska föräldrar fanns fler pojkar (53,1 %) än flickor (46,9 %). I gruppen utlandsfödda fanns det fler flickor (53,1 %) än pojkar (46,9 %) och i undersökningsgruppen med utlandsfödda föräldrar var könsfördelningen jämn (Tabell 1).

I studien delades ungdomarna in i tre olika undersökningsgrupper. En grupp bestod av ungdomar födda i Sverige av svenska föräldrar (n = 1614), den andra gruppen var

utlandsfödda ungdomar (n = 147) och den tredje gruppen ungdomar födda i Sverige med minst en förälder född i annat land (n = 175; se Tabell 1).

Den största gruppen av utlandsfödda ungdomar var födda i Europa, minst var gruppen född i Norden. Bland utlandsfödda ungdomar fanns 46 olika födelseländer, samt några statslösa representerade, flest härstammade från forna Jugoslavien och från Tyskland.

De utlandsfödda föräldrarna kom från 67 olika länder, de flesta (en tredjedel) var födda i ett utomeuropeiskt land men de största grupperna härstammade från forna Jugoslavien (Bosnien och Kosovo), Danmark, Chile och Finland.

Ålderskillnaden bland ungdomarna var tre år, de yngsta var 16 år och de äldsta av ungdomarna som deltog i undersökningen var 18 år. En majoritet av ungdomarna som deltog i studien var 17 år, det fanns en spridning på  $\pm 3$  år (Tabell 1).

**Tabell 1.** Bakgrundsvariabler för den undersökta populationen av gymnasieungdomar.

<u>Variabel</u>	Inrikesfödd	Utlandsfödd	Utlandsfödd förälder
	n (%)	n (%)	n (%)
<u>Pojkar</u>	857 (53,1)	69 (46,9)	88 (50,3)
<u>Flickor</u>	757 (46,9)	78 (53,1)	87 (49,7)
<u>Ålder</u>			
18	117 (7,3)	26 (18,1)	15 (8,6)
17	1459 (90,8)	101 (70,1)	148 (85,1)
16	17 (1,1)	3 (2,1)	8 (4,6)
Annat	14 (0,9)	14 (9,7)	3 (1,7)
<u>Moderns födelse-land</u>			
Sverige	1614 (100)	13 (8,8)	67 (38,3)
Norden		10 (6,8)	36 (20,6)
Europa		85 (57,8)	24 (13,7)
Utom Europa		39 (26,5)	48 (27,4)
<u>Faderns födelse-land</u>			
Sverige	1607 (99,5)	10 (6,8)	52 (29,7)
Norden		12 (8,2)	41 (23,4)
Europa		84 (57,5)	35 (20,0)
Utom Europa		40 (27,4)	47 (26,8)

Av utlandsfödda ungdomar var mer än dubbelt så många 18 år, än vad som var fallet med inrikesfödda ungdomar. Bland ungdomar med utlandsfödda föräldrar sågs ingen större ålderskillnad mellan dem och de inrikesfödda ungdomarna beträffande åldern (Tabell 1).

## Självskattad hälsa

Majoriteten av ungdomarna, 92 % av de inrikesfödda, 86,2 % av de utlandsfödda och 87,9 %, av ungdomarna med minst en förälder född utomlands, skattade sin hälsa som mycket bra. Endast en liten andel av ungdomarna oavsett vilken undersökningsgrupp de tillhörde, upplevde sin hälsa som dålig. (Tabell 2). Med anledning av att få svarade dålig, kunde inte signifikansskillnader beräknas mellan grupperna inrikesfödda (n=21), hos utlandsfödda (n=1) och ungdom med utlandsfödd förälder (n=1).

Av de inrikesfödda ungdomarna med svenska föräldrar skattade 6,7 % sin hälsa som mindre bra. Av ungdomarna som var födda i annat land skattade 13,1 % sin hälsa som mindre bra och av ungdomarna med utlandsfödda föräldrar var motsvarande siffra 11,5 % (p=0, 013). Utlandsfödda ungdomar och inrikesfödda ungdomar med utlandsfödda föräldrar skattade sin hälsa som sämre än vad inrikesfödda ungdomar med svenska föräldrar gjorde (Tabell 2).

**Tabell 2.** Självskattad hälsa, irritabilitet, sömnsvärigheter och oro/nervositet hos gymnasieungdomar

<u>Variabel</u>	Inrikesfödd	Utlandsfödd	Utlandsfödd förälder	
	n (%)	n (%)	n (%)	p-värde
<b><u>Självskattad hälsa</u></b>				
Mycket bra	1480 (92)	125 (86,2)	153 (87,9)	
Mindre bra	108 (6,7)	19 (13,1)	20 (11,5)	
Dålig	21 (1,3)	1 (0,7)	1 (0,6)	0.013
<b><u>Självskattad irritabilitet</u></b>				
> 1 g/v	458 (28,5)	52 (35,1)	56 (32,2)	
Ungefär 1 g/v	460 (28,6)	36 (24,3)	52 (29,9)	
Ungefär 1 g/mån	690 (42,9)	60 (40,5)	66 (37,9)	0.326
<b><u>Självskattad sömnsvärighet</u></b>				
>1 g/v	375 (23,4)	43 (29,9)	58 (33,3)	
Ungefär 1g/v	262 (16,3)	26 (18,1)	23 (13,2)	
Ungefär 1 g/mån	966 (60,3)	75 (52,1)	93 (53,4)	0.020
<b><u>Självskattad Oro/nervositet</u></b>				
> 1 g/dag	322 (20,8)	31 (21,5)	36 (20,8)	
Ungefär 1 g/v	329 (20,6)	31 (21,5)	36 (20,8)	
>1 g/mån	923 (57,7)	79 (54,9)	98 (56,6)	0.997

Unga migranter har enligt resultaten också mer sömnsvårigheter än vad svenska ungdomar med svenskfödda föräldrar har (Tabell 2).

Resultaten visade inga signifikanta skillnader mellan svenska ungdomar och migranter, beträffande variablerna upplevd oro/nervositet ( $p=0,326$ ) och irritabilitet ( $p=0,997$ ) (Tabell 2).

Resultaten visar att oavsett vilken undersökningsgrupp flickorna tillhörde, skattade de sin hälsa som sämre än vad pojkarna gjorde. Inrikesfödda flickor med svenska föräldrar skattade sin hälsa sämre, än vad inrikesfödda pojkar med svenska föräldrar gjorde ( $p=0,000$ ). Flickor som var födda i annat land skattade sin hälsa som sämre, än vad pojkar födda i annat land gjorde och de skattade sin hälsa som sämre än vad flickor med utlandsfödda föräldrar och inrikesfödda flickor med svenska föräldrar gjorde ( $p=0,039$ ). För pojkar och flickor med utlandsfödda föräldrar fanns ingen signifikant skillnad ( $p=0,371$ ) (Tabell 3).

**Tabell 3.** Självskattad hälsa i förhållande till kön, och härkomst.

<u>Variabel</u>	Inrikesfödd	Utlandsfödd	Utlandsfödd förälder
	Antal n (%)	Antal n (%)	Antal n (%)
<u>Mycket bra</u>			
Pojkar	808 (55)	63 (51)	79 (52)
Flickor	661 (45)	61 (49)	74 (48)
p-värde	0.000	0.899	0.778
<u>Mindre bra</u>			
Pojkar	29 (27)	5 (26)	8 (40)
Flickor	79 (73)	14 (74)	12 (60)
p-värde	0.000	0.039	0.371
<u>Dålig</u>			
Pojkar	11 (52)	0	0
Flickor	10 (48)	1	1
p-värde	0.490	---	---

Pojkar skattar i samtliga indelningsgrupper sin hälsa generellt bättre än vad flickor gör, sämst skattar utlandsfödda flickor sin hälsa ( $p=0,039$ ).

Undersökningens resultat visade att de flesta av ungdomarna oavsett bakgrund inte upplevde några sömnsvårigheter. Resultaten visar vidare att hälften av ungdomarna sällan eller aldrig har sömnsvårigheter (Tabell 2).

Flickorna hade emellertid genomgående mer sömnsvårigheter än vad pojkarna hade, utlandsfödda flickor samt flickor med minst en utlandsfödd förälder sov sämre än inrikesfödda flickor i respektive grupp ( $p=0,025$  respektive  $p=0,036$ ). (Tabell 4).

**Tabell 4.** Sömnsvårigheter i förhållande till kön och härkomst.

<u>Variabel</u>	Inrikesfödd	Utlandsfödd	Utlandsfödd förälder
	Antal n	Antal n	Antal n
<u>Mer än en gång i veckan</u>			
Pojkar	168	15	21
Flickor	205	18	37
p-värde	0.056	0.025	0.036
<u>Ungefär en gång i veckan</u>			
Pojkar	136	15	14
Flickor	125	10	9
p-värde	0.498	0.317	0.296
<u>Sällan eller aldrig</u>			
Pojkar	538	037	52
Flickor	420	38	41
p-värde	0.000	0.909	0.256



## DISKUSSION

Det unika med studien är att skillnader mellan migranter och svenska ungdomars självskattade hälsa, kön, oro/irritabilitet och sömnsvårigheter har undersökts. Endast ett fåtal vetenskapliga studier har återfunnits som har undersökt dessa skillnader. Resultaten visar att oavsett grupptillhörighet, tycker de flesta ungdomarna i studien, att de har en mycket god hälsa (86, 2 % - 92 % ) endast ett fåtal av ungdomarna (ca 1 %), skattar sin hälsa som dålig. Antalet ungdomar som skattar sin hälsa som dålig var mycket lågt, det låga antalet omöjliggör statistiskbearbetning för beräkning av p-värde.

De huvudsakliga fynden i studien visar, att det finns signifikanta skillnader beträffande, inrikesfödda ungdomars självskattade hälsa och sömn, och unga migranternas självskattade hälsa och sömn. Utrikesfödda ungdomar och ungdomar vars föräldrar är utrikesfödda, skattar sin hälsa och sin sömn som sämre än vad inrikesfödda svenska ungdomar gör.

### Metoddiskussion

Datamaterialet bygger på FoU: Kronobergs enkätundersökning från år 2006 vilken ger en beskrivning av läget här och nu, det vill säga för fyra år sedan. En referensgrupp med erfarna representanter från kommuner och landsting inom berörd verksamhet och forskning, har deltagit i utvecklingen av enkäten. Detta innebär att enkäten har kunnat revideras, att synpunkter har kunnat lämnas och att hänsyn har tagits till dessa vid utarbetandet av enkätfrågorna.

En av studiens styrkor är det stora urvalet (n= 1936) vilket ökar möjligheten till allmängiltighet och generaliseringar (Eljertsson, 2003). Svarsfrekvensen uppskattas till 76,3 % vilket kan betraktas som högt. Anledningen till den höga svarsfrekvensen kan vara att enkäten fylldes i och samlades in när eleverna var i skolan. Detta innebar att endast ungdomar som gick i skolan, i samband med att datainsamlingen genomfördes deltog. Tidigare forskning har visat att ungdomar som inte går i skolan, har en sämre hälsa än de ungdomar som går i skolan (Bremberg, 2002; Skolverket, 2008). Möjligen hade skillnader i självskattad hälsa, tillika irritabilitet och oro/ångest blivit större om dessa informanter också svarat på frågorna i hälsoenkäten.

I enkätstudien förekommer två typer av bortfall, externt och internt. Med externt bortfall avses, deltagare som borde vara med i studien, men inte är det, ungdomar som inte går i skolan, som gör praktik eller var sjuka vid tillfället då enkätundersökningen genomfördes. Internt bortfall innebär, att enskilda frågor inte besvarats i enkäten av eleven. Det interna bortfallet är lågt och endast enstaka frågor har ej besvarats. Någon informant har endast angett en förälders ursprung, medan några få informanter tycks ha missuppfattat frågorna en elev har t.ex. på frågan var är du född svarat, ”Teknikum”.

Självskattad hälsa är ett mått som baseras på individernas egen uppfattning om sin hälsa. Enkätundersökningen i studien bygger på självrapportering och de redovisade resultaten kan betraktas som goda och tillförlitliga (Bue Björner et.al, 1996). Eftersom ett flertal studier har visat att självskattad hälsa är en av de bästa prediktorerna som finns att tillgå för att förutsäga individens hälsa (Ibid.). Dålig självskattad hälsa, har visat sig kunna förutsäga framtida sjuklighet och död, oberoende av objektiv ohälsa. Mekanismen bakom detta är emellertid fortfarande mer eller mindre okända (Bue Björner et.al, 1996; Andreasson, 2010).

Begränsningarna i vald datainsamlingsmetod med hjälp av enkäter som använts, är hur den enskilde informanten tolkar innebörden i enkätfrågorna. Med tanke på att hälsa och sömnsvårigheter är svår definierat, finns utrymme för olika tolkningar, men däremot endast färdiga svarsalternativ att tillgå. Det är känt att en del personer överskattar sina sömnsvårigheter (Åkerstedt, 2006).

En svaghet i studien, är att det inte ges utrymme för individerna i undersökningsgrupperna att fördjupa diskussionen om hälsans uttryck.

En annan sak som bör beaktas vid tolkningen av resultaten, är situationella faktorerers inverkan, vilket är vanligt under tonårsperioden. Informanterna kan ha haft en ansträngande vecka eller en stressig skrivningsperiod och kanske precis blivit underkänd i ett ämne, vilket kan påverka hur informanten svarar på frågorna.

Samma sak gäller när följande fråga ställs; ”Hur ofta har du svårt att sova/somna”? Det blir i detta sammanhang den enskilde som tolkar och definierar vad som är sömnsvårigheter. Det finns vedertagna kliniska kriterier på dålig sömn och för att med säkerhet kunna konstatera att en enskild person har en sömnstörning, krävs en definition av vad sömnsvårigheter innebär (Åkerstedt, 1997, 2006). Slutsatsen är att frågor om sömn bör vara ställda som beskrivande frågor ” Hur dags somnar du”? ”Hur dags vaknar du”? Hur många gånger på en natt vaknar du ”? ”Hur känner du dig när du stiger upp på morgonen”?

## **Resultatdiskussion**

Den första frågeställningen som studien skulle ge svar på, var hur ungdomarna i undersökningsgrupperna skattade sin hälsa. De allra flesta av ungdomarna, oavsett vilken gruppstillhörighet de har i studien, tycker att deras hälsa är god och de flesta anger också att de sover bra.

Resultaten i studien visar på ett tydligt mönster, unga migranter skattar sin hälsa som sämre, än vad inrikesfödda ungdomar gör. Något i de nya livsvillkoren, skulle kunna bidra till att migranter generellt skattar sin hälsa som sämre, än vad inrikesfödda ungdomar gör. Tidigare studier har visat att social utsatthet, diskriminering och utanförskapets villkor, påverkar barn och unga, vilket kan vara de främsta orsakerna till ohälsa hos befolkningen med utländsk bakgrund (Hjern, 1998; Hull, 1979; Paradies, 2006).

Det som är utmärkande i resultatet är, att flickorna i studien oavsett ursprung genomgående skattar hälsa som sämre än vad pojkarna gör. Kön skulle i detta sammanhang kunna betraktas som en riskfaktor, vilket tidigare studier bekräftar (Clausson, 2008; Ekstrand, 2006).

Tidigare forskning har visat att självförtroendet försämras mer hos flickor, än hos pojkar under puberteten. Detta kan innebära att flickor skattar sin hälsa som sämre än vad pojkar gör (West, Sweeting & Fifteen, 2003).

Resultaten visar att utrikesfödda flickor och flickor med utrikesfödda föräldrar skattar sin hälsa som sämre, än vad svenska flickor gör. Flera olika förklaringar kan finnas. Det kan vara så att utlandsfödda flickor har svårare med anpassningen till det nya landet, det kan vara så att de unga kvinnliga migranterna har stora krav på sig att lyckas med sina studier och/eller att de har press på sig att hjälpa till i hemmet.

Studier visar också att flickor oroar sig mer över sina skolprestationer, än vad pojkar gör. Forskningen pekar på att stress i samband med studier kan vara den främsta anledningen till den ökade psykiska ohälsan och sömnsvårigheter hos unga människor (SOU 206:77).

Bland unga migranter kan det finnas en stor oro för familjemedlemmar, för familjens ekonomi och det kan finnas en stark önskan att lyckas i det nya landet. Denna oro och stress kan påverka hälsan och förmågan till en god sömn (Hull, 1979; SOU 206:77).

Den som sover ytligt, tror gärna att sömnen varit kortare eller mer bruten än vad den varit, vilket gör att graden av sömnstörning, nästan alltid överdrivs av den som drabbats (Åkerstedt, 2006). Detta förklarar ändå inte att unga kvinnliga migranter uppger mer sömnproblem, än vad inrikesfödda ungdomar med svenska föräldrar gör.

Annan forskning pekar på den s.k. könsparadoxen. Med vilken avses att flickor i större utsträckning än pojkar, rapporterar mer besvär i form av sömnsvårigheter och psykisk ohälsa, medan pojkar inte känns vid eller inte förmår att sätta ord på och skatta sin ohälsa utan uttrycker den på annat sätt t.ex. genom aggressivitet, kriminalitet eller missbruk (Ekstrand, 2006; Hjern, 1998).

Detta betyder att pojkar och flickor kan ha olika sätt att uttrycka sin ohälsa på, vilket i sig kräver fortsatta fördjupade studier (Ibid.)

Hälsa är inget entydigt begrepp. En individ kan exempelvis uppleva ett hälsoproblem, medan en annan individ under samma omständigheter, inte upplever något hälsoproblem överhuvudtaget. Därför kan i princip hälsa, endast studeras utifrån hur det definieras hos varje individ (Ekstrand, 2006). När det gäller människor är givetvis den ena människan inte den andra lik.

Vad unga migranter kan ha gemensamt, är att ungdomarna eller deras föräldrar har brutit upp från något vant och befinner sig som en minoritet i ett samhälle som kan kännas främmande eller där de betraktas som främmande (Hjern, 1998).

Beträffande variablerna oro/nervositet och irritabilitet, visar inte resultaten i studien på några signifikanta skillnader mellan de tre undersökningsgrupperna. Detta skulle kunna förklaras med, att de ungdomar som anger störst andel av oro och ångest, finns hos ungdomar som varken studerar eller arbetar, vilka har varit exkluderade i denna studie (SCB, 2005). Eller visar resultatet, att de inte lider av dessa problem i samma grad. Det kan också förhålla sig så, att ungdomarna definierar och uttrycker oro och irritabilitet på ett annat sätt, eller möjligen att ungdomstiden är en tid med en större acceptans för dessa känslor.

## **Slutsatser**

Resultaten i studien, visar att de flesta av ungdomarna skattar sin hälsa som god och att de sällan har sömnsvårigheter. Resultaten i studien visar även, att unga migranter i allmänhet och utrikesfödda flickor i synnerhet, skattar sin hälsa som sämre, än vad svenska ungdomar gör och att de har mer sömnsvårigheter än vad svenska ungdomar har.

Därav följer att skolhälsovårdenspersonal och andra hälsosarbetare, särskilt bör uppmärksamma utrikesfödda flickor och unga migranter, när det gäller hälsa och hälsoutvecklingen samt sömnsvårigheter.

Kunskapsläget är sådant, att det i nuläget, finns få jämförande vetenskapliga studier publicerade vilka jämför unga migranternas och svenskfödda ungdomars skattade hälsa och sömnsvårigheter.

Förhoppningen är därför att denna studie, leder till ökad kunskap om svenska ungdomar och unga migranternas, skattade hälsa och sömnsvårigheter. Kunskapen kan vara till nytta för skolhälsovårdens personal, men även för hälsovårdens personal, som möter ungdomar och som deltar när preventivprogram utformas för att minska ohälsa och sömnsvårigheter.

Fortsatta studier i ämnet, skulle möjligen kunna ge förklaringar, till varför unga kvinnliga migranter skattar sin hälsa sämst och uppger mer sömnsvårigheter. Studier av det multifaktoriella inflytandet på den självskattade hälsan är angeläget, eftersom andelen migranter i Sverige ökar.

## REFERENSER

- Albin, B. (2006). *Morbidity and mortality among foreign-born Swedes* (Diss.). Faculty of Medicine Department of Health Sciences, Division of Geriatric Medicine, Lund University.
- Andersson-Kristal, B. (2001). *Att förstå flyktingar, invandrare och deras barn*. Lund: Studentlitteratur.
- Andreasson, A. (2010). *Om självskattad hälsa* (Avh.). Centrum för allmänmedicin CeFAM, Karolinska institutet Stockholm. Libris
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm; Natur och kultur
- Arvidsson, A. (2005). *Ungdomars huvudvärksproblematik*. IVOSA. Växjö Universitet.
- Agebäck, A. (2006). *Ungar & Medier 2006. Fakta om barns och ungas användning och upplevelser av medier*. Stockholm: Medierådet Utbildnings och kulturdepartementet.
- Berry, J.W. (1990). Acculturation and adaption in a new society. *International Migration* 1990; 30: 69-86
- Bremberg, S. (1998). *Barnrapporten Kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn och ungdomar i Stockholmslän*. Hämtad 20091220 från [www.cbu.dataphone.se/7Barnrapporten](http://www.cbu.dataphone.se/7Barnrapporten)
- Bremberg, S. (2002). *Sociala skillnader i ohälsa bland barn och ungdomar i Sverige*. Statens folkhälsoinstitut, Rapport 2002: 13. ISBN 91- 7257-145-4, Stockholm.
- Bremberg, S. (2004). *Elevhälsa – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Bue Björner, J., Södergaard Kristensen, T., Orth-Gome`r, K., Tibblin, G., Sullivan, M & Westerholm, P. *Self – Rated health a useful concept in research, preventive and clinical medicine*. Uppsala : Ord och Form, 1996.
- Cronberg, H. (2003). *Sömn och tonåringar*.  
<http://www.varguiden.se/Article.asp?Articleid=2428>. Hämtad 1 mars 2009.
- Clausson, E. (2008). *School health nursing. Perceiving, recording and improving schoolchildren`s health* (Diss.). Nordic School of Public Health NHV.
- Drukker, M.; Buka, S., Kaplan, C., McKenzie, K & Van Os, J. (2005). *Social capital and young adolescents`perceived health in different sociocultural settings*. *Social Science & Medicine* 61 185 – 198.
- Edvardsson, I., & Andersson, T. (2006). *Barns och ungdomars hälsa i Kronobergslän år 2006*. Landstinget Kronoberg.
- Ekstrand, A. *Hur mår Stockholmsungdomar? En studie av risk- och skyddsfaktorerens betydelse för psykisk ohälsa*. Forsknings och Utvecklingsenheten, Stockholms-stadsledningskontor, 2006.
- Eljertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Goodman, E., McEwen, B., Dolan, L., Schafer-Kalkhoff, T. & Adler, N. (2005). *Social disadvantage and adolescent stress*. *Journal of Adolescent Health* 37 484 – 492.
- Helsingforsdeklarationen, 2008*. World Medical Association, (2008).  
<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>, hämtat den 26 febr.2010.
- Hjern, A.( 1998). *Migration till segregation; en folkhälso rapport om barn med utländskt ursprung i Stockholm*. Huddinge: Centrum för barn- & ungdomshälsa, Stockholmsläns landsting; 1998.
- Hjern, A., & Allebeck, P. (2004). *Alcohol- related disorders in first- and second- generation immigrants in Sweden: a national cohort study*. *Addiction*. 2004 Feb; 99 (2): 229-36.
- Hjern, A., & Hagqvist, C. (2008). *Drog, alkohol och tobaksvanor hos skolbarn med utländskt ursprung – en analys av Ung 2005*. Manuskript; 2008.
- Hull, D. *Migration, adaption and illness: A review*. *Soc. Sci & Med* 1979; 13: 25-36.
- Kornfält, R., & Lithman, T. (1993) *Skolbarns och ungdomars hälsa i Malmöhusläns landsting*. Malmöhusläns landsting.

- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindén-Boström, M., & Persson, C (2005). *Tonåringars psykiska hälsa*. Liv & ung i Örebro län.
- Migrationsverket (2009) *Årsredovisning 2008* [www.migrationsverket.se](http://www.migrationsverket.se) Hämtad 28 mars 2010.
- Morberg, S. (2008). *Ensam i sin profession i skolans värld – skolsköterskans upplevelser av förutsättningar att utöva och utveckla yrket* (Diss.). Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (NVS) Sektionen för omvårdnad. Karolinska institutet Stockholm.
- Nilsson, Å. (2004). *Efterkrigstidens invandring och utvandring*. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2004. Demografiska rapporter 2004:5.
- Nationalencyklopedin (1992). Bokförlaget Bra Böcker AB, Höganäs.
- National sleep foundation (2009). [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org) Hämtad 3 mars 2009.
- Paradies, Y. (2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*. 2006 Aug Sep; 43(4): 888-901.
- Sadeh, A., Raviv, A. & Gruber, R. (2000). *Sleep Patterns and sleep Disruptions in School-age Children*. *Developmental Psychology*, 36, 291- 301.
- SCB: Statistisk årsbok för Sverige 2009. (Statistical yearbook for Sweden 2009). Stockholm: Statistiska centralbyrån, 2008.
- SCB: Statistiska centralbyrån (2005b). *Barns villkor*. Hämtad 091205 från [www.scb.se/templates/publodb/publikation\\_2725.asp&plopnr=2517](http://www.scb.se/templates/publodb/publikation_2725.asp&plopnr=2517)
- SCB: Statistiska centralbyrån. *Svensk utbildning i internationell statistik 2005*. Stockholm: 2005.
- SFS, 1982:763 Hälso - och sjukvårdslagen. Stockholm: Fritzes kundtjänst.
- Skollagen 1985: 1100 Kapitel 14 § 2.
- Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut. (2004) *Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns hälsa*. ISBN: 91- 7201-849-6.
- Skolverket. *Skolverkets aktuella analyser 2008. Studieresultat i gymnasieskolan – en statistisk beskrivning av ofullständiga gymnasiestudier*. Stockholm: 2008.
- Socialstyrelsen. *Självrapporterad hälsa hos personer med utländsk bakgrund – underlag till samlad redovisning av integrationspolitikens resultat*. Stockholm: 2007
- Socialstyrelsen (2005). *Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa- förslag till nationella återkommande undersökningar*. Hämtat 20091220 från [www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8630/2005-107-1.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8630/2005-107-1.htm)
- SOU (2006:77). Integrations- och jämställdhetsdepartementet. *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa- Analyser och förslag till åtgärder*. Stockholm: Fritzes kundtjänst.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2002). *Födelselandets betydelse – En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige*. (Rapport nr 2002:29). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 12.
- Ungdomsstyrelsen. (2003). *De kallar oss unga*. Ungdomsstyrelsens skrifter 2003:1, Kristianstad.
- Ursin, R. (1996). *Sömn en lärobok om sömnfysiologi och sömnsjukdommar*. Oslo: Cappelan Akademiska Förlag.
- Wamala, S. Boström, G. & Nyqvist, K. *Perceived discrimination and psychological distress in Sweden*. *British Journal of Psychiatry*. 2007 Jan; 190:75-6.
- West, P. & Sweeting, H. *Fifteen, female and stressed: changing patterns of psychological distress over time*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003 Mar;44(3):399-411.
- WHO. (1981). *Health for All by the Year 2000*. Available from: <http://www.who.int> Hämtad 25 mars 2009.

WHO. (1997). *Promoting Health through Schools*- Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO technical Report Series 870.

WHO. (2005b). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*.

[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr\\_050829\\_20%BCH](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_20%BCH)

Vogel, J., Hjerm, M. & Johansson, S-E. (2002). *Integration till svensk välfärd? Om invandranas välfärd på 90 – talet*. Arbetslivsinstitutet; 2002. Levnadsförhållanden. Rapport nr 96. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

Åkerstedt, T. (1997). *Sömn och vakenhet*. Försvarsmakten Stockholm: LIBER.

Åkerstedt, T. (2006). *Sömnens betydelse för hälsa och arbete fakta och goda råd*. Bauer Bok.

Östberg, V., Alfven, G. & Hjerm, A. *Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren*. Acta Paediatrica. 2006, Aug; 95(8): 929-34.